

申請内容変更届出書

福山市長様

年 月 日

次のとおり、変更がありましたので届け出ます。

受給者証の種類	受給者証番号
1 障害福祉サービス受給者証	
2 地域生活支援事業受給者証	
3 通所受給者証	
4 地域相談支援受給者証	
5 療養介護医療受給者証	
6 肢体不自由児通所医療受給者証	

ふりがな	個人番号									
支給決定障がい者 (保護者) 名前	生年月日	年	月	日	()	歳				
居住地	〒 -									
	電話番号									
ふりがな	個人番号									
支給決定に係る 児童 名前	生年月日	年	月	日	()	歳				
	続柄									

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障がい者 (保護者) 本人 <input type="checkbox"/> 支給決定障がい者 (保護者) 本人以外 (下の欄に記入)		
ふりがな	本人との関係		
名前			
住所	〒 -		
	電話番号		

変更事項 (✓印をして下さい。)	支給決定障がい者 (保護者) に関する事	<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先
	支給決定に係る児童に関する事	<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄
	その他	<input type="checkbox"/> 送付先
変更内容	変更前	
	変更後	

※ 変更した内容を証する書類を添付すること。

福山市処理欄 (以下は、記入不要です。)

証 回 収	未回収	<input type="checkbox"/> 回収方法() <input type="checkbox"/> 個人で破棄
	回収済	<input type="checkbox"/> 本庁窓口 <input type="checkbox"/> () 支所窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他()

発 送	発送日	担当
	月 日	

受給者証の訂正を記入・押印にて行った。 担当者()